(Ingresan a Sala el señor Ministro de Salud Pública y demás autoridades del Ministerio)

SEÑORA PRESIDENTA.- Continúa la sesión.

(Es la hora 12 y 3 minutos.)

La Comisión de Salud Pública del Senado tiene mucho gusto en recibir al señor Ministro y demás autoridades del Ministerio de Salud Pública. La agenda de hoy es bastante nutrida y hay algunos temas que no figuran en la misma a los que también quisiéramos referirnos al final de la reunión. Si el señor Ministro está de acuerdo mantendríamos el orden sugerido en la carta, es decir, en primer lugar, el tema CTI del Hospital Policial; en segundo término, las denuncias radiológicas y, en tercer lugar, el proyecto SIDA-VIH.

Nosotros recibimos el adelanto de información sobre el tema del CTI del Hospital Policial y todos los miembros de la Comisión tuvieron en su oportunidad fotocopia de la información brindada. El señor Ministro indicará si está de acuerdo con ese orden o si desea cambiarlo.

SEÑOR MINISTRO.- Estoy de acuerdo con ese orden. Pediría al doctor Paolillo, Director General de ASSE, que nos ilustre sobre el tema del Hospital Policial y el envío de los niños a ese CTI.

SEÑOR PAOLILLO.- Señor Presidente: me voy a referir al tema del contexto, la contratación y la provisión de servicios del CTI a los hospitales públicos.

Debemos tener presente que ASSE ocupa casi 65.000 días/cama por año de CTI públicos y privados tanto para adultos como para niños. Tradicionalmente, la contratación de CTI externos significó una parte importante del presupuesto, llegando a una cifra de varios millones de dólares al inicio del año 2000. En ese marco, nos planteamos la realización de una licitación centralizada de precios con la provisión de CTI en cada localidad en el departamento de Montevideo, tanto para adultos como para niños que se hizo en el año 2001 y obtuvimos precios realmente adecuados.

De los 65.000 días/cama que ocupábamos por año, 50.000 los preveía el sistema público, a través de los CTI de adultos de los Hospitales Maciel y Pasteur, así como los CTI del interior, como Florida, Tacuarembó, Salto y Paysandú y, los CTI de niños del Hospital Pereira Rossell, lo que es UCIN y Perinatología, el CTI público de Tacuarembó y, últimamente, la incorporación de un CTI , en asociación con ASSE, en Lavalleja y, el CTI público de Salto. Como vemos, es un sistema complejo. Con ese marco de 65.000 días/cama al año nosotros proveemos 50.000 y contratamos 15.000 que, al 2002 se repartían entre casi 7.500 de adultos y 7.500 de niños. En el 2003, tuvimos un notorio descenso de la contratación de días/cama de adultos y, estamos en un proceso de mayor eficiencia en la derivación en el tema de niños. En ese marco, tenemos la licitación para esa provisión de camas y lo que acá se plantea es una desviación a esa licitación o la participación del Hospital Policial. En abril de 2003, recibimos la propuesta del Hospital Policial para derivarle pacientes del CTI de niños a dicho Hospital. En ese entendido, de que el Hospital Policial nos hace la oferta, después de los pasos administrativos se toma la decisión para que se deriven los pacientes a dicho Hospital haciéndose referencia al artículo 33 del TOCAF. Aclaro que nosotros no teníamos ninguna referencia del funcionamiento del CTI más que la de que era público. Por eso, el Director administrativo de ASSE, con fecha 23 de junio, eleva al Director General la propuesta de aceptar el planteo del Hospital Policial y así le llega al señor Ministro, quien toma la decisión el 26 de setiembre de 2003. Posteriormente, recibimos el reclamo del primer oferente de la licitación pública -que estaba funcionando desde el 2001- de que se había cambiado el orden de prelación en lo que respecta a la derivación en Montevideo de los CTI. Hacemos las investigaciones del caso y recibimos un informe de Recursos Materiales de ASSE por parte de la Gerenta -que es escribana y abogada- quien aconseja respetar la licitación pública vigente. Así es que tomamos la decisión de volver al contrato original y, a su vez, decretamos una investigación administrativa a propósito de las derivaciones que se hicieron entre el 8 de abril de 2003 y abril de 2004, cuando se cambia la decisión. Estamos a lo que la licitación vigente manda; esta licitación está prorrogada hasta el 31 de diciembre de 2004 -este año- que era lo máximo que permitía el pliego y en setiembre estamos con los pliegos para licitar nuevamente la provisión de CTI, tanto de adultos como niños, para todo el servicio de ASSE.

SEÑORA PRESIDENTA.- La información que tenemos acá es que el CTI del Hospital Policial tenía preferencia con relación a la licitación del año 2001 porque estaba amparado en un acuerdo interministerial del año 1997 entre los Ministerios de Salud Pública, Defensa Nacional e Interior y que. como, aparentemente, era un CTI pediátrico del Hospital Policial, por esa razón los niños iban en primer término ahí.

La denuncia que hace la delegación que concurre y a la que remitimos oportunamente la versión taquigráfica, es que después de las instancias de conflicto en este año, en algún momento, y previo a tener la información de que cae ese acuerdo -porque, en realidad, el CTI no era público, sino una tercerización- ya se había comenzado a desviar a los niños para los CTI privados que habían licitado en el año 2001. O sea, hay un espacio en el cual no entiendo cuál es la explicación. Si no cae el acuerdo -porque éste cae en estos días, a posteriori de haber entendido que no estaban amparados por disposiciones reglamentarias, en la medida en que había existido una tercerización que no había quedado evidente en algún momento- no entiendo cómo en un año y medio que lleva la autorización de ese CTI por parte del Ministerio, no surge en ningún momento que se trata de un CTI privado, de una tercerización. Insisto en que no lo comprendo, porque el tiempo es suficiente y, además, porque hay una serie de pasos, producto del Decreto de octubre de 2002, con relación a la autorización de todas esas áreas.

Esa es una duda, es decir, cómo no surge que es un ámbito privado, producto de una tercerización, que el Hospital Policial realizó con el CTI de niños.

Lo otro que quiero saber es si no se produce un desfase y cuál es la razón por la que, aún estando vigente -por desconocer que era privado- el acuerdo interministerial, comienzan a mandarse nuevamente los niños a los CTI privados en el orden que la licitación de 2001 había determinado.

SEÑOR MINISTRO.- Si se me permite, cedo el uso de la palabra al señor Subsecretario por el tema de las fechas, porque yo también me enredé ahí.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Voy a tratar de reiterar la cronología de los hechos.

En el año 2001 se hace una licitación pública llamando a oferentes para brindar servicios de CTI. Se cumple todo el proceso respectivo, se adjudica y queda vigente para los años 2002, 2003 y hasta el 31 de diciembre de 2004. Esa licitación tiene una única instancia que se puede dejar sin efecto, que es al 31 de diciembre de cada año. En plena vigencia de esa licitación, el 8 de abril de 2003 se recibe una carta de Sanidad Policial -recordemos que la licitación fue en 2001, se empieza a ejecutar el 1º de enero de 2002, se renueva el 31 de diciembre de 2002 y se prorroga por un año más- en la que ofrece los servicios de CTI del Hospital Policial a precios un poco inferiores a los de la licitación. Entonces, tenemos una licitación que pone precios vista y luego -al año y medio del transcurso de dicha licitación- un ofrecimiento de Sanidad Policial diciendo: "Somos un organismo público, les venimos a ofrecer a precios más bajos los días-cama de CTI". Por lo tanto, en el marco del convenio de fecha 11 de abril de 1997 venimos a hacer un ofrecimiento, de un organismo público a otro.

Tomando como base que el Hospital Policial era un organismo público, tenemos un informe de la Dirección Administrativa de ASSE en el cual se dice que en el marco de ese convenio y tratándose de un organismo público se puede contratar directamente, dejando de lado la licitación. Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se empiezan a enviar pacientes a Sanidad Policial. Concretamente, esta resolución la toma el doctor Bonilla en setiembre de 2003. Sucede que, quien había resultado ganador de la licitación del año 2001 presentó un recurso invocando que no se trataba de un organismo público, sino que, por lo menos, se estaba hablando de una empresa de economía mixta. Entonces, al presentarse dicho recurso el Ministerio de Salud Pública revisa su decisión corroborando a nombre de quién estaban las habilitaciones. De esta forma se demostró que, evidentemente, no se trataba de un organismo público, sino que era una empresa de economía mixta. En síntesis, se llamó a licitación para el arrendamiento de una planta física, se presentó un privado -MEDEMIX S.A.- que efectivamente la arrendó, por lo tanto, no se trata de un organismo público. Esto quiere decir que no está incluido dentro de lo que sería el convenio marco.

Según el artículo 33 del TOCAF -que es el que habilita a contratar directamente- en su inciso final -que refiere a las contrataciones referidas en el literal a), o sea, las contrataciones directas y por el cual se dejó sin efecto la licitación- dice que todo contrato será mediante el procedimiento de licitación pública y, en las salvedades, menciona el caso de cuando se contrate entre organismos o dependencias del Estado. Se puede dejar sin efecto una licitación porque se esté contratando dentro del Estado. Reitero que en el inciso final del artículo 33, se agrega como salvedad que las contrataciones referidas en el literal a) entre organismos públicos, no podrán incluir la participación directa o indirecta de empresas privadas. Las realizadas al amparo del literal i) deberán contar... y sigue el artículo. Pero lo importante de todo esto es que las contrataciones referidas en el literal a), de organismo público a organismo público no podrán incluir la participación directa o indirecta de empresas privadas. Por lo tanto, a la luz de haber recibido un recurso administrativo por parte de quien había sido el ganador de la licitación y al corroborarse que, evidentemente, el CTI del Hospital Policial no está incluido en lo que establece el artículo 33 del TOCAF, es que el Director de ASSE revé la decisión tomada y asesorado por la Directora de Recursos Materiales decide volver a aplicar la licitación. En resumen, tanto la derivación de pacientes al Hospital Policial como el hecho de respetar el resultado de la licitación, fue fruto, justamente, de la interpretación jurídica del artículo 33.

SEÑORA PRESIDENTA.- Estamos hablando de lo ocurrido en abril de 2004, ¿verdad? En julio de 2004 recibimos a una delegación y nos plantearon que había una especie de incógnita sobre cuáles eran las razones por las que se dio el cambio. Se nos informó que en ese momento, cuando se constató la nulidad del convenio producto del acuerdo marco, no hubo una comunicación formal ni al Hospital Policial ni de éste a la gente que estaba involucrada para que no se generara un manto de incertidumbre.

SEÑOR PAOLILLO.- Concretamente me voy a referir a la decisión del 15 de abril, que cuenta con mi firma. En ella se dice que tomando en consideración el informe que antecede, elaborado por la Gerencia de Recursos Materiales de esta Secretaría de Estado y, encontrándose en plena vigencia el contrato y licitación pública 30/01 Contratación de Servicios de CTI se resuelve estar a la vigencia de dicho contrato el cual finaliza el 31 de diciembre de 2004. Tome nota la Gerencia de Recursos Materiales, la Coordinadora de CTI y notifíquese. Esa es la comunicación que nosotros hacemos.

A posteriori de la visita de los médicos del CTI del Hospital Policial, recabamos otro informe a la División Jurídico Notarial de ASSE que aconseja la realización de una investigación administrativa, la cual decretamos, a los efectos de nuestras derivaciones al Hospital Policial entre el 8 de abril de 2003 y el 15 de abril de 2004. En ese momento, se cursa una nota al Hospital Policial, solicitándole que nos enuncie claramente cuál es la vinculación con MEDEMIX S.A.

SEÑOR CID.- No me queda claro cómo se decide la investigación administrativa. ¿Qué quiere decir? ¿Qué desde abril de 2003 a abril de 2004 se siguió derivando enfermos pediátricos al Hospital Policial pese a que ya se había tomado una decisión por las autoridades del Ministerio?

SEÑOR PAOLILLO.- La decisión que se tomó el 10 de abril de 2003 fue en vista al planteo del Hospital Policial del 8 de abril de 2003 y los niños se derivaron en el entendido de que se estaba haciendo entre un organismo público y otro. Eso se hizo entre el 10 de abril de 2003 y el 15 de abril de 2004, pero se basa en una nota que pasa el Hospital Policial a la Dirección General de ASSE y al señor Ministro, la cual no se refiere a la asociación con MEDEMIX S.A., lo que, podríamos decir entre comillas, nos induce a un error.

SEÑORA PRESIDENTA.- Lo que nunca se pone en la comunicación es, justamente, que había un error en el sentido de que no se trataba de organismos públicos; eso no está en la comunicación. En lo que me es personal, me enteré por la prensa y por el material que ustedes me remiten diciendo que queda muy claro lo que expresa el artículo 33 del TOCAF, pero ese elemento, en abril, no surge como una explicación de por qué se vuelve al orden de la licitación y cae este acuerdo; reitero, hasta ahora eso no surge, ¿verdad?

SEÑOR CORREA FREITAS.- Quisiera contribuir al esclarecimiento de este punto. La señora Presidenta de la Comisión de Salud Pública está haciendo una pregunta y creo que es importante que la respuesta del Ministerio sea clara. Cuando el Ministerio de Salud Pública, en este año 2004, adopta la decisión de respetar la licitación única del año 2001 es porque, de lo contrario, el hecho de derivar pacientes niños al CTI pediátrico del Hospital Policial estaría violando lo establecido por el TOCAF, ¿eso es así, verdad?

Entonces, la pregunta de la señora Presidenta de la Comisión es si cuando se comunica eso en abril de este año el argumento es, justamente, que se está violando al TOCAF.

Me parece que esa es la pregunta importante a responder porque, en definitiva, lo que quiere saber la Comisión de Salud Pública es si realmente el Ministerio de Salud Pública cuando comunica al Hospital Policial el cese del envío de pacientes al CTI pediátrico, lo hace porque se está violando la norma del TOCAF.

SEÑOR PAOLILLO.- El informe que antecede de la doctora Nieto hace referencia al artículo 33 del TOCAF. Por lo tanto, la vinculación de la empresa privada con el Hospital Policial, a través del artículo 33, impide ejercer esa posibilidad de excepción de contratación entre organismos públicos.

SEÑOR PESCE.- Además de haber sido notificados en tiempo y forma, simultáneamente con esa comunicación recibí a los principales de MEDEMIX en el Ministerio, porque querían saber por qué no se iban a derivar más pacientes, y en ese momento le expliqué al representante de la empresa, el contador Ripoll, que el convenio marco era para organismos públicos. Si el CTI fuera totalmente del Hospital Policial, es decir, si fuera público, como el del Maciel o el del Pereira Rossell, no habría ninguna clase de problemas. Lo que sucede es que en este caso estamos hablando de una empresa que, por lo menos, es de economía mixta, por no decir que es un privado que está arrendando una planta física, de manera que, en última instancia, es un privado escondido detrás de un público. Por supuesto que, dada la formación del contador Ripoll, él lo entendió claramente; espero que así lo hayan transmitido a quienes trabajan con él.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hay un período entre abril y julio en el cual la sucesión de los hechos no me permite entender claramente la profundidad de la denuncia, porque obviamente esta es una denuncia importante; si no lo fuera, no los habríamos convocado para aclararla. Y es evidente que, si en algún momento no contamos con los elementos suficientes, nuestra responsabilidad es pedir la información, en este caso a partir de esta reunión con ustedes.

En principio, me queda claro que el convenio marco habría caído, públicamente por lo menos, en julio.

SEÑOR MINISTRO.- El convenio marco, señora Presidenta, sigue tan vigente como siempre. Aquí hubo un error porque quien nos ofreció el Hospital Policial llegó sin decir una palabra; vino el informe de la Dirección Administrativa de ASSE y yo lo acepté, por supuesto, porque se trataba del Hospital Policial. Incluso, hablé por teléfono con las autoridades del Hospital. Desde ese momento, entonces, se comenzó a enviar allí a los niños. Pero luego resultó que no era el Hospital Policial. Cuando vino el recurso de las empresas que habían ganado la anterior licitación, nos dimos cuenta de que habíamos cometido un error, porque esta es una situación que el artículo 33 del TOCAF prohíbe expresamente. A partir de ese momento la Dirección General de ASSE da la contraorden al Pereira Rossell y al resto de los hospitales de que no se trasladaran más niños al Hospital Policial y que volvieran a quien tenía la anterior licitación.

No sé cuál es la duda, señora Presidenta; no logro entenderlo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Convengamos que el tema no es demasiado claro.

Aquí hay un período en el cual, producto de ese error, los niños van al Hospital Policial. Y el error se descubre como consecuencia de un recurso que presenta quien quedó en primer lugar en la licitación. Ahora bien, esto sucedió en abril, y la gente involucrada en ese CTI tercerizado dentro del Hospital Policial concurre en julio diciendo no tener explicaciones claras, aunque ahora el Subsecretario Pesce dice habérselas proporcionado al contador de la empresa. ¿En qué fecha se da esa entrevista?

SEÑOR MINISTRO.- En el propio mes de abril me comuniqué con autoridades del Hospital Policial, y desde ese momento ellos saben perfectamente por qué dejamos de enviarles niños. Que ellos vengan en julio a decir que no conocen los motivos, es realmente ridículo. Los niños dejaron de ir en abril.

Personalmente, no tengo que comunicar nada al personal del Hospital Policial sobre las razones por las cuales dejo de enviar niños a esa Institución. Simplemente, me comuniqué con los jerarcas del Hospital Policial -no con sus empleados- y no fueron más niños. Nosotros cometimos un error de apreciación el año pasado cuando creímos que estábamos trabajando con un organismo del Estado; como, además, tenemos un acuerdo marco, pensamos que era lo correcto. Además, el que facturaba era el Hospital Policial. En este sentido, cabe precisar que para algunas licitaciones factura esta Institución y para otras, como el Banco de Previsión Social, lo hace la empresa MEDEMIX. Entonces, ¿se trata de MEDEMIX o del Hospital Policial? Evidentemente, hay una empresa privada que indirectamente está vinculada y el TOCAF no nos permite actuar de esa forma.

Con respecto al segundo tema, es decir, a la solicitud que los técnicos radiológicos realizaron ante los señores Senadores -que tuvieron la gentileza de enviar la versión taquigráfica al Ministerio- voy a pedir al doctor Estol que exponga nuestro punto de vista.

SEÑOR ESTOL.- Antes de comenzar quiero pedir disculpas a los señores Senadores por haber llegado tarde, pero eso se debe a que tuve que concurrir a la Universidad de la República para declarar sobre un asunto de pública notoriedad, como es el del insuceso del Hospital de Clínicas.

Con respecto a este tema quiero precisar que, en primera instancia, surge una denuncia realizada por un funcionario de un centro del Estado, el Banco de Previsión Social, respecto a la cantidad de horas que hace en un servicio de radiología. En función de eso, realiza un reclamo ante las autoridades de la Institución al cual, en principio, no se le habría dado curso.

Estuvimos estudiando el problema en profundidad y queremos aclarar -no digo esto con ánimo de disculpa- que no es un tema sencillo. Desde el punto de vista laboral, se trata de algo importante cuya resolución es compleja. Voy a recordar a los señores Senadores cuál es el tema en cuestión. Se trata de la exposición de los técnicos que trabajan en centros de radiología y la importancia de contar con dosímetros para que ésta se regule. Al respecto, las reglamentaciones nacionales establecen un tope máximo de 120 horas mensuales de trabajo en los centros de radiología y refieren a la importancia de la existencia del dosímetro para su regulación.

Cuando digo que es un asunto importante y de difícil resolución es por lo siguiente. La exposición a la radioterapia no es un tema puntual frente al trabajo que cada técnico realiza en una sola institución. Los técnicos de los servicios de radiología trabajan en

varias instituciones, algunas públicas -como el Banco de Previsión Social, que es el caso que estamos considerando- y otras privadas. La agresión por exposición a las radiaciones es acumulativa. Entonces, para poder tener una evaluación real de la exposición de los técnicos, éstos deberían llevar consigo un dosímetro a las distintas instituciones donde trabajan a efectos de cuantificar realmente la exposición al daño potencial que tienen.

A raíz de esta inquietud estuve conversando con distintos técnicos que trabajan en este tema, quienes me exponían que si se establecen algunas reglas de protección y exigimos que sólo se pueden cubrir 120 horas de trabajo mensual, el 80% debe dejar de trabajar en alguna de las instituciones donde se desempeñan actualmente.

Como se ve, no es un tema sencillo ni fácil de resolver. Evidentemente, las autoridades del Ministerio de Salud Pública deben priorizar el daño que puedan sufrir estas personas -que fue expuesto claramente por el técnico que concurrió al Parlamento- así como continuar trabajando en el asunto.

Quiero referirme a los controles de los centros en los cuales estos técnicos están expuestos a la radiación. No se trata de los centros de radioterapia, que constituyen otro capítulo, sino de los centros radiológicos. En el país existen 332 equipos de radiología, 34 tomógrafos -18 de ellos en Montevideo y el resto en el interior- y 850 clínicas odontológicas que disponen de aparato de Rayos X. Desde el punto de vista de la seguridad rádica de estos centros, el control depende de la Dirección Nacional de Tecnología Nuclear, DINATEN. En este contexto, en un informe elaborado a partir del 1º de julio de 2004, esa Dirección establece algunas observaciones, directas o indirectas, sobre la ausencia de dosímetros o la falta de un mecanismo de control de seguridad en los equipos de algunas instituciones. Cabe aclarar que entre ellas figuran dos instituciones privadas que -si se me permite- me reservo el derecho a nombrarlas porque eso aparecería más tarde en la versión taquigráfica y en estos momentos estamos tomando las medidas correctivas pertinentes. A su vez, en dicho informe se mencionan algunos centros en los cuales está directamente involucrado el Ministerio de Salud Pública.

Con respecto a los dos centros privados involucrados -según, repito, datos proporcionados por DINATEN en los que no está planteada la empresa que fue denunciada en el Senado de la República- el Ministerio ha dispuesto el envío de un equipo del sector de registros y habilitaciones al cual se va a agregar personal del área de salud ocupacional -puesto que la denuncia refiere a un tema de ese tipo- a los efectos de evaluar en conjunto el tema de la exposición, con los técnicos trabajando en ese lugar.

En relación con los centros de Salud Pública involucrados, debo decir que a través de comunicaciones mantenidas con el Director General de ASSE -presente en esta reunión- se han adoptado los correctivos derivados de las observaciones planteadas con respecto a algunos de nuestros equipos en ciertos centros del país.

En consecuencia, estas medidas ya están en marcha y reitero que se está desarrollando un trabajo conjunto del personal de registros y de los funcionarios pertenecientes al sector de salud ocupacional.

La denuncia planteada ante este Parlamento nos enfrenta a un desafío mayor vinculado con la exposición de los técnicos radiólogos. En general, la situación planteada en muchos centros del país es que el mismo técnico solicita -más aún teniendo en cuenta la situación que ha vivido el Uruguay en los dos últimos años- mayor carga horaria, a los efectos de conseguir mejor remuneración. Esta situación se observa en muchos lugares.

Concretamente, en el caso del Banco de Previsión Social, aclaro que el Ministerio va a trabajar con su personal de salud ocupacional junto con las autoridades del Banco para ver si existe falta de técnicos porque, al parecer, es el tema central denunciado.

Otro tema vinculado a lo anterior -que el personal de salud ocupacional deberá evaluar- es que si en este momento se fijara un tope máximo de 120 horas, habría una cantidad de técnicos radiólogos que deberían ser despedidos de las instituciones públicas y privadas por sobrepasar esa carga horaria legal.

Entonces, como habrán podido observar los señores Senadores, este no es un tema sencillo y por ello lo queremos evaluar en su real dimensión con nuestra gente de Salud Ocupacional y luego, a partir de allí, hacer las recomendaciones en cuanto al contexto de nuevas reglamentaciones que podamos aprobar respecto a este tema.

Reitero que el hecho de la existencia del dosímetro no nos protege de las exposiciones rádicas que son el producto de lo que decía anteriormente en cuanto a que los técnicos radiólogos trabajan en distintas instituciones con cargas horarias mensuales mucho mayores que la estipulada por ley.

SEÑOR CID.- Me parece que el proceso de investigación está bien orientado; es más, creo poder compartirlo, no obstante lo cual entiendo que falta agregar algunos elementos. Por ejemplo, saber si la DINATEN ha estudiado todos los equipos que están en plaza de esas trescientas y pico de clínicas que se señalaba en el informe, o si lo que estamos analizando es un muestreo parcial. Me parece que como arranque eso es esencial, porque si los equipos no tienen normas de seguridad establecidas y claras estamos exponiendo a todos los trabajadores a una radiación excesiva.

Creo que la dosimetría debe ser hecha más allá de que se tengan dos o tres lugares de trabajo, porque cada una va a ir indicando el riesgo local que tiene ese trabajador en el ámbito en que cumple su labor.

Por otra parte, pienso que hay una debilidad en la fiscalización del equipamiento de protección de los trabajadores de la salud. Entiéndase por esto delantales, coberturas en las cabinas donde se refugian cuando hacen el disparo radiológico. Creo que los técnicos radiólogos no están acompañando debidamente las medidas de protección personales como, por ejemplo, buscar el alejamiento de la fuente radioactiva en el momento de hacer el disparo. Eso no se cumple ni se advierte -este es un tema que quiero introducir aquí porque no está señalado- a los restantes trabajadores de la salud, por ejemplo a enfermeras que, sin ser técnicos radiólogos, están expuestas por vecindad. Entonces, creo que hay que globalizar un poco más esos aspectos -perdón que sugiera algún hecho adicional- porque este es un tema que me preocupa desde hace tiempo. El técnico que hizo la denuncia aquí leyó un informe técnico en el cual generalizaba mucho la problemática de las radiaciones, no solamente a nivel del Banco de Previsión Social sino también a nivel nacional. Por eso pienso que a esta problemática debe dársele -y me alegro de que el doctor Estol esté en esto, porque sé que se ha puesto al hombro otros temas y los ha llevado adelante- un carácter global, que insisto no

es sólo de los técnicos radiólogos, sino también del usuario de los servicios de salud -tenemos ejemplos de que en un hospital público se sacaban radiografías inútiles a personas sanas- y de todo el sistema, fundamentalmente de los que operan las fuentes.

SEÑORA POU.- Comparto totalmente el planteo del señor Senador Cid y agrego que no es la primera vez que en esta Comisión hablamos de problemas de radiaciones.

Más allá de lo puntual de la denuncia, que es el tema que trajo esto a la mesa, me parece que esta es una buena oportunidad para, de fondo, ingresar en los problemas derivados. Seguramente no deben desconocer que en lo particular hemos tenido algunas, más que denuncias, manifestaciones de preocupación fundamentalmente, no en torno a los expertos, sino a los que de alguna manera por vecindad están expuestos a las radiaciones. En la mayoría de los países en los que hay conciencia de esto se prohibe que mujeres en edad fértil estén en la vecindad de cualquiera de estos procedimientos ya que todos sabemos las consecuencias que puede tener en la gestación.

En consecuencia, me parece que ese es un tema que deberíamos agregar prospectivamente a esta preocupación.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero decirles que desde el inicio de la Legislatura está planteado el tema de los controles y de la necesidad de un trabajo mancomunado, no sólo porque las preocupaciones llegan al Parlamento, sino porque además es bueno saber si podemos ayudar desde el punto de vista legislativo y no estar en omisión.

En principio, da la sensación de que no son déficits de las normas sino dificultades en su cumplimiento y aplicación. En ese sentido, a esta Comisión han concurrido diferentes actores y creo que lo más importante que podríamos lograr hoy sería la posibilidad de establecer un compromiso de largo aliento -más allá de que en el futuro ninguno de nosotros esté en lugares que tengan que ver con esta temática- porque lo llevamos en la mente y en el corazón. Por ejemplo, mucha gente nos reclama la implementación de programas de calidad que signifiquen una protección radiológica mayor, no sólo para el trabajador sino también para el usuario. No olvidemos que en nuestro país el cáncer es la segunda causa de muerte general, y concretamente en lo que tiene que ver con el cáncer de mama, las cifras son muy importantes.

En definitiva, es un tema que seguramente no terminaremos de abarcar en el día de hoy, pero debemos reforzar el compromiso de continuar trabajando en él para reducir la brecha entre lo que se conoce y las dificultades que hay, a fin de beneficiar a quien trabaja y al usuario que debe recibir algún procedimiento que implique exposición.

SEÑOR ESTOL.- Bienvenidos los comentarios que se han formulado, porque creo que son muy importantes.

En cuanto al tema de las dosimetrías a que aludió el señor Senador Cid, debo decir que estoy totalmente de acuerdo en cuanto a que es una herramienta útil, pero debemos establecer un mecanismo de centralización de la información sobre lo que dicen los dosímetros de cada funcionario. Pienso que puede ser un rol para la DINATEN. Entonces, por más de que se trate de lugares distintos, el acumulado deberá centralizarse en un solo lado. De esa manera, en forma temprana se podrá emitir un alerta señalando que Fulano de Tal tiene un nivel de exposición que llama la atención. Desde que está este equipo de trabajo en el Ministerio de Salud Pública se ha desarrollado un Área de Salud Ambiental y Ocupacional, debido a la gran implicancia que tienen los temas ambientales y ocupacionales. Por tal motivo, en la parte de registro y fiscalización unimos los equipos a fin de que trabajen en forma conjunta. La persona que hace el informe de la Facultad de Medicina en cuanto a ese técnico y su preocupación, es uno de los líderes del Área de Salud Ambiental y Ocupacional del Ministerio de Salud Pública. En consecuencia, tenemos la gente capacitada para enrabar estos temas y entenderlos de manera integral.

Por otro lado, considero muy importante lo que señalaba la señora Senadora Pou. Recuerdo un episodio sucedido hace más de un año, cuando llegó del extranjero una persona con un cuadro respiratorio, a la cual en mi práctica clínica le diagnostico una neumonía. Cuando le sugerí hacer una placa de tórax, me preguntó para qué si yo tenía el diagnóstico clínico y, finalmente, me dijo que asumía toda la responsabilidad pero que no quería irradiarse a propósito.

Otro tema importante que agrega un nuevo componente es que entre los exámenes de rutina que las Naciones Unidas hace a los técnicos que trabajan allí, la placa de tórax dejó de ser una práctica habitual porque la radiación es acumulativa. Quiere decir que se trata de aspectos culturales que nosotros debemos integrar a nuestro país como forma de empezar a prevenir enfermedades y problemas que cosecharemos a los treinta o cuarenta años. Tal como decía el señor Senador Cid, quién no ha vivido episodios -yo agregaría a los anestesistas y enfermeras- en los que participó de procedimientos expuestos a radiaciones, por ejemplo, en el block quirúrgico, donde a veces no se toman las medidas básicas de fiscalización y control porque las consecuencias se verán a los veinte o treinta años.

En ese sentido, queremos analizar junto con la gente de Salud Ocupacional, de Registros y de la DINATEN la posibilidad de proponer algún cambio en la norma actualmente vigente a los efectos de poder regular el tema, aunque no en aras de un mercado en el cual el técnico es requerido pero quiere trabajar más para mejorar su ingreso, porque a veces él mismo hipoteca su salud. Como bien decía el señor Senador Cid, en un caso se hacen denuncias pero en otros he visto técnicos radiólogos que no usan dosímetro. Por ejemplo, en el caso del Hospital Pasteur todos tienen dosímetro, pero cuando se realizó una inspección rutinaria no lo tenían puesto. Incluso, en un procedimiento prolongado de radioterapia no se ponían el delantal.

Por tanto, son bienvenidos los comentarios y el aporte realizado por los señores Senadores tendiente a colaborar con nosotros para dictar normas más actualizadas y modernas con respecto al tema. Apenas tengamos una idea de contexto la plantearemos.

SEÑOR MINISTRO.- Señora Presidenta: no hay temas chicos en la salud. Precisamente, el tema de los medicamentos es complicado, apasionante y de una vigencia total.

Me demoré en enviarles mi opinión, pero los señores Senadores podrán ver que, de alguna manera, este tema me rebasa. En este sentido, les voy a ofrecer la opinión de los abogados y químicos del Ministerio, así como de la División Productos de Salud; sin embargo, también importaba la opinión de la Dirección de Comercio Exterior y de la Dirección Nacional de la Propiedad Industrial.

Comparto con los señores Senadores la inquietud de que a este tema hay que encontrarle alguna solución. Nosotros pagamos los medicamentos del SIDA casi el doble de lo que valen en países vecinos y no hemos encontrado mecanismos fáciles en este sentido, aunque fácil no hay nada en este tema. Algunos de estos medicamentos, si bien se producen como genéricos en países

vecinos, esos países también están sujetos a los acuerdos de la OMC que Uruguay ha firmado. Además, está vigente -y los señores Senadores tienen conocimiento de esto- la Ley Nº 17.164, de setiembre de 1999, sobre patentes que elaborara el Ministerio de Industria y Energía de aquel momento, que establece claramente cuáles son los tipos de licencias obligatorias que el país puede dar para obviar las licencias titulares, es decir, sin autorización del titular de la patente y por falta de explotación del objeto misma, por razones de interés público, por prácticas anticompetitivas.. La ley vigente también nos permite buscar un mecanismo para abaratar y poder tener una mejor accesibilidad a esos medicamentos.

En ese sentido, solicitamos la opinión del doctor Duncan Espiga, de la División Productos de Salud, quien hizo un pequeño informe en el que nos expresa: "En nuestra opinión, el tema de las licencias obligatorias para medicamentos en general está cubierto por la Ley de Patentes Nº 17.164, aprobada en función de los acuerdos alcanzados en la Organización Mundial de Comercio".

Por otra parte, un medicamento puede ser genérico únicamente si no está protegido por una patente. Mientras lo esté, no se le puede otorgar el nombre de genérico. Precisamente, de acuerdo a la definición de la OMS y a la que figura en el artículo 1º del proyecto de ley, el medicamento genérico es una copia de un medicamento de referencia, y para que esa copia sea legal este último no debe estar protegido por una patente.

Siendo este tema eminentemente legal, sugerí una consulta con la División Jurídico Notarial.

SEÑOR RIESGO.- Deseo saber por qué el señor Ministro utilizó términos distintos. Concretamente, habló de "copia" y de "genérico". Quizás esté entendiendo mal pero, ¿existe una diferencia entre lo que es copia y lo que es genérico?

SEÑOR MINISTRO.- Sí, señor Senador.

SEÑOR RIESGO.- Le agradecería al señor Ministro que me lo explicara.

SEÑOR MINISTRO.- Tal como se entiende internacionalmente -y, por supuesto, también en la OMS- el genérico es aquel producto exactamente igual al original en su biodisponiblidad, en su bioequivalencia y en poder farmacológico, pero cuya patente ha cesado. De manera que es el mismo producto al otro día de cesar su patente. En cuanto a la copia, podemos decir que hay distintos tipos, unos mejores que otros. A veces, le llamamos "similar" o "copia exacta"; en algunos casos, los excipientes son distintos. Pero es el mismo producto activo y no necesariamente tiene por qué tener los estudios de biodisponibilidad, bioequivalencia y acción farmacológica exactamente igual. Eso es lo que se entiende por copia o similar. Lo que tenemos en Uruguay son copias, porque nosotros no hacemos estudios de biodisponibilidad. Al hablar de copia no significa que sean medicamentos malos. Los hemos probado una vida y funcionan, andan bien, dan los resultados que los médicos esperamos; son buenas copias. Pero nosotros no tenemos un instituto que haga ese tipo de estudio a cada lote que ingresa para ser vendido o producido en el país. Lo que hacemos es controlar su norma de manufactura y que los principios activos correspondan a las dosis que figuran en los prospectos. En el caso de medicamentos importados, controlamos si los laboratorios en los cuales se realizaron los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia son reconocidos internacionalmente. Luego de este procedimiento, los usamos. Esa es la situación actual.

Consulto al señor Senador Riesgo si la explicación ha sido clara.

SEÑOR RIESGO.- Mi inquietud se debe a que en la jerga popular -por llamarla de alguna manera- se habla de "genérico" en el caso de determinados productos, y no de copia. De ahí mi interés en que quedara constancia en la versión taquigráfica de la diferencia entre lo que se entiende por "genérico" y lo que es una "copia" o "similar", tal como indicó el señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- En ese sentido, es ilustrativo el artículo 1º del decreto que aprobó este Ministerio -estando quien habla al frente de la Cartera- al confeccionarse el listado de los medicamentos que se utilizan tanto en Salud Pública como en el mutualismo, aunque en este último caso la lista es un poco más amplia. Se habla de "los medicamentos cuyo listado se anexa, genéricos o con la denominación del principio activo".

Entonces, debemos decir que están aquellos medicamentos genéricos auténticos a los que se les terminó la patente y son producidos por laboratorios internacionales y los otros, que son la mayoría, que son copias. Es por esta razón que el decreto establece esa salvedad: "genéricos o denominados por su principio activo".

Duncan Espiga no está de acuerdo con la definición de genéricos, por cuanto choca con la de la Organización Mundial de la Salud, pero sí se refiere a la protección de las patentes.

Por su parte, el doctor Barros, abogado del Departamento Jurídico del Ministerio, también encuentra fallas en cómo el proyecto de ley define a los genéricos y entiende -hasta donde el conoce- que esa definición es inexistente. Para él no existiría, desde el punto de vista formal, impedimento para que otra ley diera una regulación distinta a la que estaría dando este proyecto de ley, en procura de buscar solucionar el gran tema que es el de favorecer la accesibilidad a estos medicamentos tan caros. Además, el doctor Barros expresa: "Desde el punto de vista sustancial, en cambio, es importante lo que la mencionada Dirección afirma" -hablando de Duncan Espiga- "en el sentido de que el proyecto colidiría con acuerdos suscritos con la OMC, dado que ello lo haría jurídicamente inviable, a menos que se decidiera denunciar dichos acuerdos. Por lo expresado, se sugiere remitir estas actuaciones, en consulta, a la Dirección de Comercio Exterior, a los efectos de que se sirva informar respecto de la eventual colisión del proyecto con los convenios internacionales suscritos por el país." Por su parte, el señor Pablo Tapié, Asesor de la Dirección General de Comercio Exterior, dice: "Nuestra opinión es coincidente con lo informado en fojas anteriores respecto a la posible violación de acuerdos internacionales suscritos por el país. Por lo expuesto y considerando necesario contar con una interpretación específica sobre la Ley de Patentes," -la ley de 1999, que mencionábamos- "en lo que a productos genéricos se refiere, se sugiere solicitar la opinión de la Dirección Nacional de Propiedad Industrial, del Ministerio de Industria, Energía y Minería." Y el Ministerio de Industria, Energía y Minería es un poco más explícito, por cuanto señala: "La materia de patentes posee una regulación específica contenida en esta ley.

Las licencias obligatorias, instituto de amplio desarrollo en el derecho de patentes, constituyen el mecanismo al que se puede recurrir a fin de lograr el abastecimiento y acceso a medicinas esenciales para la población, con prescindencia de la voluntad del titular de la patente." La ley establece diversas causales o tipos de licencias obligatorias, como yo mencionaba hace un momento. Entre ellas, cabe destacar la que responde a razones de interés público, que incluye los casos de emergencia sanitaria y

circunstancias similares o de desabastecimiento y, especialmente, la prevista en el artículo 64 de la Ley de Patentes, cuando el titular de la patente no acceda a otorgar una licencia convencional a quien se encuentre en condiciones de explotar el objeto de la patente en el país."

Entonces, de acuerdo con la Ley de Patentes, cualquier particular puede pedir al dueño de la patente que lo autorice a fabricarla en el territorio nacional.

SEÑOR CID.- Hablamos de la droga base del medicamento.

SEÑOR MINISTRO.- Este tema es más complejo porque el artículo siguiente supone como contrapartida la remuneración al titular y por supuesto es un precio a negociar. Y el tema empieza a complicarse.

SEÑOR ESTOL.- Como dicen los paisanos: nosotros estamos en esto porque nos quemamos con leche hervida. Recordarán que producto de la situación de los medicamentos nacionales, el señor Ministro y quien habla salimos fuera del país a conversar con nuestros vecinos del norte, con la India y otros lugares más para conseguir medicamentos a precios adecuados para el país, y ustedes vieron las repercusiones que ello tuvo. No voy a hacer comentarios que salieron en la prensa, pero en alguna reunión internacional nos dijeron que habían acuerdos internacionales de la OMC que si se violaban, habrían otro tipo de repercusiones. Sumado a lo que decía el señor Ministro y con respecto a la pregunta del señor Senador Riesgo, debo agregar que todos los conflictos que han habido en los temas de medicamentos han terminado por acuerdos y negociaciones. Si analizan en el mundo qué tipo de mercado ocupan los genéricos, en general no pasan del 15%. ¿Y saben por qué? Porque se ha llegado a negociar con originales a precios adecuados que en algún sentido siguen ocupando la mayoría de los mercados. El único país que es diferente en volumen es el Uruguay ya que por los similares ocupa un lugar importante en la industria nacional de medicamentos. No es un tema fácil y, casualmente, a las 15 horas tenemos una reunión sobre este tema en Comercio Exterior.

SEÑOR MINISTRO.- Creo que es conveniente al considerar el artículo 64 -que uno también podrá usar- saber que está la posibilidad de dar una licencia obligatoria como contrapartida a remunerar al titular. Pero la causal que está en el artículo 64 fue uno de los aspectos centrales del consenso logrado entre ALN y CEFA cuando se hizo la ley. Fue en el marco de esa negociación que este artículo quedó así redactado.

Por otro lado, ustedes conocen los acuerdos ADPIC o TRIPS, que regulan específicamente la negociación que tiene que ver con las patentes. Eso fue ratificado por el Uruguay a través de la Ley Nº 16.671 de diciembre de 1994.

El encargado de la División Patentes del Ministerio de Industria, Energía y Minería dice que la adopción por el país de normas internas en la materia que no se ajusten a las previsiones del Tratado, conduciría seguramente a la presentación de reclamaciones por otros Estados miembros como ha sucedido en múltiples casos, con la consiguiente aplicación de los procedimientos de solución de diferencias -artículo 64 del ADPIC- previstos en el sistema, los que pueden culminar con la aplicación de sanciones comerciales.

Las alternativas que ha tenido este tema en la Organización Mundial del Comercio son increíbles y complejísimas. Si ustedes tienen un minuto les comentaría en un breve resumen cómo es que va ese tema en la OMC.

Voy a procurar resumir.

Los países desarrollados fueron los que introdujeron este tema en la Ronda Uruguay, situación que comenzó a darse a partir del año l986. Es a pedido de ellos -que quieren proteger sus patentes - que todo este tema se inicia. Es así que terminó la Ronda, allá por el año l994, aprobándose lo que se llaman TRIPS en la terminología inglesa, que son todas las normas que rigen en materia de protección de la propiedad intelectual.

En este tema hay un equilibrio muy delicado porque, por un lado, los estados quieren favorecer la inversión y que la tecnología progrese. Pero también hay que procurar que los productos que surgen de esa tecnología, sean accesibles a la población. Hay que cuidar que estas protecciones a la propiedad intelectual no terminen transformándose en una barrera para que la población no tenga acceso a los medicamentos. Hay un juego de equilibrio que es el que hay que preservar.

Viendo esas dos caras de la moneda, es decir, lo que el país tiene que hacer para poder traer la inversión y favorecer el desarrollo de medicamentos y, por otro lado, que sean accesibles para las personas, fue quedando claro en la Ronda Uruguay que todo este tema no había terminado de una manera equilibrada. Lo que sí se entendió es que se privilegió en la Ronda Uruguay el hecho de proteger la propiedad intelectual y eso creó, claramente, barreras al acceso de los medicamentos. A partir de ahí es que comienza un complejo período de negociación que todavía está en curso.

Hubo una primera gran división de las aguas en el mundo. Por un lado, Estados Unidos, la Unión Europea y Suiza, como países en desarrollo y, por otro lado, los demás países. En cierto momento la Unión Europea se pone un poco más sensible en cuanto a la protección de sus patentes pero Estados Unidos se mantiene firme al igual que Suiza.

Un poco más adelante, entran a tallar Brasil e India como países en desarrollo, a los que se les pliega Argentina. Todo esto es importante para ver cómo está hoy el tema en Brasil, Argentina y Uruguay.

Decía, entonces, que en aquel momento estaban Brasil, India y se pliega Argentina sosteniendo una determinada posición y pidiendo mayor flexibilidad a los países desarrollados. ¿Cómo se resolvió este tema? Los demás países latinoamericanos tenían posiciones bastante cercanas a lo que era el mundo desarrollado -quizá por temor a represalias comerciales, si bien no sé ciertamente si fue así - sin embargo, Brasil y Argentina se separan e inician un proceso que a lo largo de este tiempo ha llevado a una mayor flexibilización. Lo que empezó a discutirse, entonces, en la OMC, Ginebra, era la posibilidad de que países que no tenían producción propia de medicamentos, pudieran concurrir a terceros países a través de licencias obligatorias. Se buscaba, así, que tuvieran capacidad de producir y que no necesariamente fueran los que en ese momento tenían la patente concedida y que a través de esta incorporación de nuevos oferentes pudiéramos bajar los precios.

En los casos extremos que atañen a la salud pública -epidemias demostradas, endemias, pandemias- el país que necesite los medicamentos puede extender una licencia obligatoria y abastecerse con un productor que no necesariamente es quien detenta la

patente. Nosotros tenemos nuestra ley de patentes que nos faculta para hacer esto. Pero aquí se arma la gran discusión en el seno de la OMC: ¿cuál es la cobertura? ¿Esto se puede hacer para todos los medicamentos o sólo para los del SIDA? Yo puedo dar una patente obligatoria, desconociendo la patente original, y le puedo pedir a un extranjero o a un nacional que me fabrique determinado producto esgrimiendo una razón epidemiológica; pero eso, ¿lo puedo hacer con respecto a cualquier medicamento? Aquí tenemos el gran lío porque primero se dijo que esto era para el SIDA, después se extendió a la tuberculosis, luego a la malaria y posteriormente se hizo extensivo a 22 enfermedades distintas, terminando en la discusión en la OMC sin lista. Este tema lo peleaban Brasil, Sudáfrica y Argentina y las coberturas comenzaron a flexibilizarse hasta que se empezó a hablar de que esto valía para cualquier enfermedad siempre y cuando se estuviera frente a emergencias en términos de salud pública; hay que demostrar la emergencia.

Por supuesto, Estados Unidos fue el último país en aceptar que todas las enfermedades pudieran estar involucradas con una patente obligatoria que puede pasarle por arriba a la patente original. Se había fijado que para diciembre de 2002 esto estaría solucionado y se fracasó; no se llegó a esa fecha con este problema resuelto. Prácticamente un año después -en agosto de 2003- se llegó a un acuerdo en donde los países coincidieron en que o se solucionaba este tema de la flexibilización de las patentes de medicamentos o se trancaba la Organización Mundial de Comercio y no se podía hablar de ningún otro tema de comercio internacional hasta que no se solucionara este asunto. El problema entonces empieza a destrabarse porque todos estaban forzados a resolverlo para poder seguir conversando sobre los demás temas de comercio internacional.

Así se llega a Cancún, sabiendo que había que resolver este problema. Estados Unidos fue el último país en ceder y aceptar toda esa lista de enfermedades, pero lo hizo a cambio de introducir un tema nuevo. Se trata de que si ahora no se podía limitar el número de enfermedades, entonces se pondría una serie de salvaguardias especiales en esta materia; Estados Unidos transa en que se contemple a todas las enfermedades que deriven en situaciones de emergencia en términos de salud pública para cualquier país, pero teniendo en cuenta toda una serie de cláusulas de salvaguardia enorme que tornan esto cada vez más complejo.

El segundo gran tema que introdujo Estados Unidos es el derivado de la pregunta de si se está hablando de medicamentos o de los ingredientes activos. ¿Me puedo flexibilizar hasta permitir que se pase por arriba de la patente original sólo para otros medicamentos, o también para los productos activos? ¿Y qué pasa con las vacunas y los kits de diagnóstico? Se complicó todo de nuevo.

El mundo en desarrollo quiere las cuatro cosas y la Unión Europea, ya junto con Estados Unidos, pretenden proteger las patentes de: medicamentos, principios activos, vacunas y kits de diagnóstico. De nuevo se arma la discusión, que termina con sólo dos categorías incluidas: los medicamentos en general y los ingredientes activos. Es decir que no ingresaron las vacunas -ahí no hay flexibilización posible- ni los kits de diagnóstico.

Entonces, ¿quién puede recurrir a este procedimiento de flexibilización que podría permitir la Organización Mundial del Comercio? Canadá, nada menos, dice: "Yo quiero entrar en este mecanismo; que me permitan flexibilización". Le contestan: "¡Pero usted es desarrollado!". Ante ello, Canadá respondió que no le importaba. Fue el único país que no firmó. Canadá se abrió. El único que está aprovechando estas flexibilizaciones es grande, poderoso y puede montar sus industrias productoras. Otros firmaron voluntariamente -y de esa manera obligaron a que Estados Unidos entrara en el proceso- abstenerse de producir. Si Estados Unidos nos permite la flexibilización, nosotros no vamos a competir con ese país ni a producir. Mientras tanto, países productores como China, México, los Emiratos Árabes, Hong Kong e Israel firmaron que no iban a competir con los Estados Unidos, pero con la condición de que éste se flexibilizara al menos en medicamentos y el producto activo.

Entonces, sigue la discusión en la OMC. ¿Qué países pueden pedir la flexibilización? En principio, pueden hacerlo solamente los muy pobres. ¿Pero cómo se evalúan los pobres? ¿Sólo en caso de emergencia nacional o de extrema urgencia? Al final, la discusión termina en que están admitidos todos los países, no importa si son pobres, pero sólo en caso de emergencia nacional o de extrema urgencia, según las definiciones de la OMC.

Después apareció otro tema, que constituyó otra de las trabas que encontraron los países desarrollados para poder permitir esta flexibilización.

Cuando uno recurre a este mecanismo, ¿tiene que pedir permiso primero a la Organización Mundial del Comercio? Si me voy a flexibilizar en el sentido de dar licencias obligatorias que pasan por arriba de otras, ¿tengo que pedirlo a la OMC? Se resolvió que no, pero se terminó con un mecanismo de notificación absolutamente detallada y minuciosa sobre quién importa y quién exporta. No es necesaria la aprobación de la OMC, pero se pusieron salvaguardas increíbles, como por ejemplo: qué cantidad del producto se va a producir; en qué plazo; si hubiera excedentes, cómo se van a destruir, porque acá estamos permitiendo su venta a terceros países por una emergencia nacional. Entonces, se impuso toda una serie de salvaguardas para asegurarse de que el país que buscaba la flexibilización no vendiera a otro mercado, salvo a aquellos que están sujetos a este régimen.

También estamos hablando de que hay salvaguardas en relación al comercio porque el empaque de los productos -si son comprados a otro país- debería diferenciarse totalmente para evitar ser re exportados a terceros países.

Queda otro tema que para la OMC es de pequeña magnitud pero para nosotros quizás sea la salida para todo este lío. En concreto está dirigido a los países muy chicos que aun en casos de emergencia se pueden encontrar con que, siendo su mercado sumamente restringido y pudiendo dar una licencia obligatoria, no encuentren ningún laboratorio interesado en aprovechar ese mercado, justamente por ser muy pequeño. Entonces, como todo esto genera costos de producción y problemas de tipo político comercial no es un mercado apreciado. Esto pasa en Uruguay que a veces no interesa como mercado. En este punto se terminó acordando que iba a ser ampliado el concepto de mercado en caso de que se tratara de un país muy chico en la medida en que existieran acuerdos regionales. Esto sucede, siempre y cuando la región esté integrada por países subdesarrollados o más del 50% de ellos sean subdesarrollados. En lo personal, creo que es por el lado del MERCOSUR que podemos tener salida.

Esta negociación sigue su curso y el país está inserto en todo esto. Como podrán apreciar los señores Senadores en este rápido resumen, los países en desarrollo han sido capaces de forzar una solución un poco más cercana a lo que era su posición inicial que era más defensiva y proteccionista. Pensamos que este no es el único frente con problema de medicamentos ya que la discusión también está planteada con el Banco Mundial y con el Fondo Monetario Internacional. Los países en desarrollo están discutiendo con dichos organismos en el sentido de que el gasto social -y muchas veces el gasto en medicamentos dentro del

gasto social- no esté incluido o considerado en los presupuestos que disponen para prestar dinero. Esta es una lucha que tanto Argentina como Brasil la están llevando adelante. Todavía no hay una resolución al respecto o, al menos, nosotros no la conocemos. ¿Qué está ocurriendo en Brasil? Este país, con su poder y su mercado interno permite que se haga cualquier medicamento genérico o copia. Pero dicho mercado no llega al 5% y ya han pasado años. Las propias multinacionales han instalado laboratorios en Brasil que han sido beneficiados porque han pasado de pagar impuestos a no hacerlo, y producen sus propios medicamentos.

Reitero que el verdadero genérico -me refiero a aquél que se haya terminado la patente y que ahora se produce en exactas condiciones- representa menos de un 5% de la producción brasileña. Ahora bien; Brasil también firmó esto y está comprometido con la Organización Mundial de Comercio. Esto quiere decir que Brasil no nos puede mandar medicamentos así no más para acaparar a Uruguay. Digo esto porque está pasando por encima de todas estas disposiciones. Con Argentina sucede lo mismo. ¿Cuál es la solución a todo esto? Yo no tengo la varita mágica, me devano los sesos pensando en una solución. No me ha quedado foro internacional del MERCOSUR donde no me haya referido al tema y hasta en Washington lo he planteado. ¿Cómo podemos hacer los países chicos y subdesarrollados para no seguir pagando lo que se les ocurre a las multinacionales?

En verdad, sigo sin saberlo. En todo caso, me parece que, a través del MERCOSUR, podríamos fortificarnos. Lo cierto es que es un problema que va mucho más allá de mi conocimiento y de mi capacidad de poder resolverlo, pues está en juego el comercio exterior del país. No considerarlo así, sería una irresponsabilidad.

Concretamente, lo que hemos podido hacer ha sido achicar el plazo para el registro. Cuando los medicamentos de afuera llegaban al Uruguay, la empresa representante se presentaba para registrarlos -porque es la única manera de entrar en licitaciones o de vender públicamente- y el trámite demoraba un año y medio. ¿Por qué? Porque mientras tanto, los que ya estaban seguían vendiendo. Por ese motivo, achicamos ese período a tres meses. Ahora tenemos competencia y, en ese sentido, logramos abaratar un 25% a los que no están protegidos por patente. De todos modos, hay que seguir haciendo lo mismo y negociar con UCAMAE este tipo de cosas.

Entonces, no sé qué decir sobre este proyecto de ley. Comparto íntegramente la intención, pero realmente tendríamos que valorarlo mejor -no sólo con estos pequeños conocimientos- ver entre todos cómo repercutiría esto en el comercio exterior del país y ver cuál es la mejor solución. Tal vez se podría encontrar alguna salida a través de una negociación que se pudiera agilizar a nivel del MERCOSUR. A ese respecto, debo señalar que he hecho todo lo posible. Este tema lo planteé en Brasilia, en Argentina, en Paraguay y en las reuniones del MERCOSUR en nuestro país -o sea en cuatro instancias- y sin embargo, el tema permanece incambiado. En este momento, el MERCOSUR está comparando la legislación de los cuatro países -diría que estamos ante un elefante que se mueve despacio- a los efectos de analizar si es posible o no conciliar la normativa y protegernos entre todos. De todos modos es un proceso que va lento, muy despacio y no como uno desearía.

SEÑORA PRESIDENTA.- En lo que me es personal, agradezco al señor Ministro las explicaciones brindadas. Obviamente, el anteproyecto es de noviembre de 2001 y se enmarcaba en determinada realidad. Sigue pasando agua bajo los puentes, sin que se encuentre una solución.

Se mueven piezas en el tablero -que ha estado siempre volcado para un lado- pero me parece que lo más importante es coincidir en la necesidad de continuar buscando resquicios que nos permitan lograr ese equilibrio entre la protección que reclaman quienes investigan y promueven determinados avances a nivel científico y la imperiosa necesidad de que la accesibilidad a los medicamentos sea una realidad. Por ejemplo, en diciembre de 2001 había interesantes acuerdos que habían firmado en ese entonces los Ministros de Salud del MERCOSUR ampliado. Por cierto, no tenemos el impulso y el ritmo necesario y, además, existen vallas muy significativas en el sentido de no generar riesgos en otros ámbitos del comercio.

Por lo tanto, creo que el desafío sigue planteado independientemente de las dificultades que pueda tener un anteproyecto como este. Pero también está la propuesta de encontrar algunas alternativas que nos permitan llegar a la solución, no porque hoy estemos en un buen momento, sino para evitar estar en circunstancias peores, pues muchas veces hay que anticiparse a determinadas situaciones. Cuando uno observa la experiencia brasileña, con sus idas y venidas, también sabe que la reducción de la mortalidad a nivel general es un hecho, lo lograron, pero no han podido reducir en la misma forma la mortalidad en el rango de la mujer joven.

Este sigue siendo un desafío científico, además de que hay que tener los elementos disponibles como para poder hacerlo. También en nuestro país, de mediana prevalencia, la incidencia en la mujer en edad fértil es la más significativa, por lo menos según los datos con los que contamos.

En definitiva, lo que podemos asegurar es la mayor disposición de nuestra parte a tratar de encontrar fórmulas que ayuden a resolver el problema. Somos conscientes de que este es un Ministerio que ha gastado suelas en buscar alternativas y que ha mantenido conversaciones con los operadores que en el mundo se mueven en este tema, pero nos parece que tenemos que aunar esfuerzos para que nuestra gente pueda acceder a los medicamentos.

SEÑORA POU.- En primer lugar, quiero agradecer al señor Ministro por la información que nos ha brindado, porque realmente no teníamos presente todos los detalles de la historia que tan bien narró. En efecto, cuando tomamos contacto con la información por medio de los órganos de prensa, a veces resulta difícil hilvanar los capítulos, sobre todo cuando alguno a veces se nos saltea.

Estamos viviendo en un mundo globalizado, desgraciadamente para algunas cosas aunque para otras no. En este tema creo que la famosa globalización va a ser un elemento a favor. Este es un mundo muy mediático y marketinero. Justamente hace unos días veíamos a Nelson Mandela diciendo que nada va a cambiar hasta que se logre que el continente africano tenga acceso a los medicamentos que le hacen falta. Si me perdonan la simpleza de la comparación, esto es como los apagones; cuando el apagón es sólo en una casa, el problema es complicado, pero si es en toda la manzana o en toda la ciudad, se soluciona más rápidamente. Creo que en esto somos muchos los que estamos con problemas, seguramente de distinta dimensión, pero quizás sea por allí que no nos tenemos que dejar entrampar. Por supuesto, cuando vemos las plagas -porque verdaderamente lo son- en el continente africano, pensamos que es una barbaridad, pero en definitiva en el Uruguay también muere gente, y las vidas valen individualmente.

Me parece que el camino que se está siguiendo es bueno; quizás haya que priorizar las negociaciones con el MERCOSUR, pero en definitiva esto pasa por una presión social que se va a hacer globalizada. Precisamente, hace unos días veíamos al Papa Juan Pablo II, que ya no está muy bien de salud como para profundizar en muchas cuestiones, que a media voz utilizó las pocas palabras que le quedan para referirse justamente a este problema.

En definitiva, insisto, pienso que estamos en un apagón grande. Reconozco que, como dijo el señor Ministro, la solución a este problema no es fácil porque también tenemos que ponernos del otro lado del mostrador: queremos que siga habiendo investigación y avances, y si los laboratorios no obtienen réditos, no van a seguir habiéndolos. Pero como en tantas otras cosas, hay que compatibilizar el legítimo interés de una de las partes -que quizás haya que acotar- y un principio básico de humanidad: es inadmisible que existiendo la solución, tanta gente no tenga acceso a ella. Tal vez la solución sea que algunos países que subsidian tantas cosas dejen de hacerlo con algunas de ellas y piensen en contribuir con un subsidio -aunque soy consciente de que es mala palabra- a estos temas.

SEÑOR ESTOL.- Como dice la señora Senadora, estos ya no son problemas de Africa o del Sudeste asiático.

Actualmente, los temas relativos a la salud pueden ocurrir en determinado lugar pero afectan también a Montevideo, Nueva York, París y Londres. El virus del Oeste del Nilo que parecía tan lejano, ahora está presente, con cuatro o cinco focos, en Estados Unidos. En la misma línea que decía la señora Senadora, la estrategia mundial con respecto a las enfermedades pasa a ser de la vigilancia a la acción, por la emergencia de las mismas. En ese contexto, el Subsecretario de Salud de Estados Unidos Tommy Thompson ya no puede decir que se preocupa solamente de sus fronteras porque éstas se rompieron.

A este respecto, el año pasado mucha gente nos criticó porque habíamos tomado medidas excesivas con relación al virus del SARS. En alguna medida, fue un procedimiento exitoso porque logró generar en el país una cultura de protección. Al día de hoy, tenemos dos personas que vinieron de Shangai que están bajo seguimiento epidemiológico porque están con un cuadro viral. Entonces, ante un virus emergente, ¿quién puede decir si estamos ante una situación de salud determinada?

Comparto lo que dice la señora Senadora en el sentido de que trasciende el mero hecho del voluntarismo -por decirlo de alguna manera- de querer hacer algo con respecto a los medicamentos. Como queremos medicamentos, salimos al mundo a decir que los queremos conseguir baratos y que queremos hacer alianzas con Fulano o Mengano, pero hay que tener cuidado. El mundo es un conjunto y hay reglas de juego a respetar del comercio internacional. En ese contexto comenzamos a aprender que hay que generar voluntades y políticas de Estado. En estos momentos el señor Ministro está considerando una propuesta elaborada sobre una política nacional de medicamentos que debe estar armonizada con el contexto del MERCOSUR y que a su vez tiene que orientar a la industria nacional en su estrategia de desarrollo y a las multinacionales en cuáles van a ser las reglas del país en el futuro. Todo esto lo tenemos que generar a través de una política de Estado de nuestro país y nos obliga a pensar en forma local -porque somos un país pequeño- pero con una mente global en cuanto a los escenarios donde nos tenemos que mover.

Además, debemos tener más presencia en los organismos internacionales y mayor participación para defender los derechos de la población del Uruguay y de la región. Esto nos obliga a cambiar la visión. Creo que Uruguay se ha enquistado durante muchos años pensando que estamos encerrados y que es algo propio, y eso no es así.

SEÑORA PRESIDENTA.- Queremos comunicar a nuestros invitados que antes de su comparecencia, recibimos a un grupo de ex médicos del Sanatorio OCA Larghero quienes nos dejaron tres documentos.

Se denunció que el Círculo Católico, que sería oferente en el remate que está previsto en un plazo muy breve -estamos hablando del día 6 de agosto- en una propaganda ofrece camas y salas VIP, determinando los precios y las formas de pago. También lo hace a través de un papel rotulado por Discount Bank que está destinado a los socios del Círculo Católico y en un tercer caso hay una misiva del Departamento de Relaciones Públicas del Círculo Católico que también está destinada a sus socios. Se plantea que esta oferta que iba hasta el 30 de junio de 2004 ahora se extiende al mes de agosto.

Este grupo que nos visitó exhorta, en primer término, que como el remate aún no se ha llevado a cabo, a que se haga de manera unitaria y no por separado -los muebles, etcétera- para que se facilite la posibilidad de que la unidad como tal pueda volver a ser utilizada para servicios de atención sanitaria.

La denuncia refiere concretamente -creo que ya se ha entregado una copia al señor Ministro- a cómo se puede haber autorizado esta publicidad, que tal vez haya debido pasar por algún ámbito del propio Ministerio; a que se está haciendo un ofrecimiento de algo con lo que no se cuenta y, por lo tanto, es necesario que las autoridades estén informadas de la situación. Asimismo, nos han planteado algo que tiene que ver con un mecanismo entre los Poderes Ejecutivo y Legislativo, como es la posibilidad de prorrogar el seguro de paro a más de un centenar de trabajadores que ya no estarían en condiciones de continuar con el beneficio.

Específicamente, la Comisión desea trasladar al señor Ministro estos tres impresos y saber si de parte de la autoridad sanitaria existe alguna acción que deba ser tomada, sobre todo, teniendo en cuenta la posibilidad de que algún organismo -la Dirección de los Servicios de Salud, por ejemplo- haya autorizado una campaña con este contenido.

SEÑOR MINISTRO.- Es la primera vez que tomo conocimiento de esto. Es difícil que haya un expediente haciendo esta solicitud, pero no puedo pensar en nadie que autorice tal cosa a una institución que lo que hizo fue comprar una hipoteca. No son propietarios del bien, pues el sanatorio se debe. No comprendo cómo pueden vender algo que no es de ellos. Digo esto, grosso modo.

En cuanto al mobiliario existente en el Larghero, recuerdo que fue prendado -no sé si todo o una gran parte- por el Círculo Católico cuando todavía funcionaba el sanatorio OCA Larghero. Creo que el Círculo Católico le brindaba servicios de CTI. Me imagino que el mobiliario continúa allí dentro porque, según tengo entendido, el Círculo Católico no está en litigio.

SEÑOR PESCE.- La situación del Círculo Católico es la siguiente. En diciembre de 2002, se presenta la directiva del Sanatorio OCA Larguero ante el Ministerio de Salud Pública y éste decreta su intervención con fines de liquidación. Asume una comisión interventora, integrada por el doctor Morelli, el contador Damonte y la doctora Capdeville. Nosotros ingresamos al Ministerio en los primeros días de marzo del año 2003 y cuando tomamos contacto con esa situación les solicitamos que, en un plazo de noventa

días, procedieran al ordenamiento de la documentación y presentasen ante la Justicia el concurso necesario de OCA Larguero. Repito que había sido intervenido con fines de liquidación, se procesaban todos los datos y presentaban ante la Justicia el concurso necesario.

Obviamente, cuando la institución se presentó ante el Ministerio a pedir su liquidación fue porque -en el marco de la Ley Nº 15.181- existían fuertes desequilibrios económicos y financieros que podían atentar contra la correcta prestación de los servicios y existía la posibilidad de incurrir en omisión de asistencia.

A mediados del año 2003 se presentó el concurso necesario de la institución. Actualmente, está en los Juzgados concursales y tengo entendido que la Jueza que lo atiende es la doctora Crespo. Se designó un síndico, que es la Liga Comercial; hay además una abogada y el síndico es el contador Chicurel, que está encargado de los bienes -tanto del inmueble como de los que se encuentran dentro de la institución-; se ha practicado el inventario y se han efectuado los trámites de estilo en caso del concurso necesario.

Estamos hablando de una planta física muy buena, en muy buen estado de conservación y bien ubicada. Por lo tanto, había muchos interesados en conocer su destino para utilizarla. En ese momento había una hipoteca del inmueble OCA Larghero a favor del Banco Sudameris.

En diferentes oportunidades se presentaron distintas instituciones haciendo ofertas para la compra de la hipoteca. Posteriormente, el Banco Sudameris se fusiona con ACAC Crédit Agricole y, finalmente, el Círculo Católico compra a estos la hipoteca del inmueble.

En los primeros meses de 2004 la doctora Crespo, Jueza a cargo del expediente OCA Larghero, se pone en contacto conmigo para saber cuál era la posición del Ministerio respecto a este inmueble dentro del sistema de salud. Nuestra respuesta fue que, tratándose de una planta física en buen estado y existiendo otras instituciones interesadas en comprarla, que necesitan aumentar su capacidad instalada, sería una lástima que, por la demora de todo este proceso, ese inmueble, su equipamiento y su mobiliario se fuesen deteriorando. A su vez, entendíamos que otras instituciones no debían incurrir en gastos innecesarios de construir plantas físicas cuando ya existen otras ociosas. Por eso solicitamos al Juzgado que tratase de diligenciar lo más rápido posible todo el proceso a los efectos de llegar cuanto antes al remate para que la planta física pueda estar nuevamente dentro del sistema de salud. En ese sentido, creo que en agosto o setiembre a más tardar se procederá al remate del inmueble y del equipamiento que no está dado en pago.

¿Cuál es la situación del Círculo Católico? Tiene un derecho: es el dueño de la hipoteca sobre el inmueble. Por ello está en una mejor condición frente a otro oferente en caso de remate. La única posibilidad de que ese inmueble termine en manos de la mutualista Círculo Católico sería que ésta lo comprase en el remate y, como dije, está en buena posición porque es el dueño de la hipoteca. Sin duda que va a haber otros oferentes. Ahora bien, frente a esta expectativa, bastante cierta de concreción, de que el inmueble termine en poder del Círculo Católico, de pronto, lo que está faltando es saber cuál será el contrato que firme el afiliado en el momento de acceder a lo que se le está ofreciendo. De lo que se trata aquí es de que una empresa que se rige por el Derecho Privado está ofreciendo a un afiliado una expectativa. Me gustaría que esto se anexara al contrato porque si la expectativa es condicional y dice "Si nosotros accedemos a la tenencia del inmueble, usted podrá tener una habitación", en principio no veo nada ilícito. Es una expectativa que, de no cumplirse el contrato, tendrá sus multas. Entonces, me parece bien la inquietud, pero a priori no veo ningún hecho ilícito, pese a lo cual vamos a pedir toda la información posible.

Creo que están haciendo lo mismo que los seguros parciales, que venden una cantidad de servicios de los cuales ellos no son titulares. Por ejemplo, ofrecen la internación en el Hospital Británico sin ser los titulares del inmueble.

No obstante lo dicho, nos comprometemos a pedir toda la información y a hacérsela llegar a la Comisión por escrito lo antes posible.

SEÑORA PRESIDENTA.- En este caso el servicio no existe, por lo que considero que es una situación distinta a la del ejemplo de los seguros parciales.

De todas formas, no estamos pidiendo que nos den una respuesta en este momento sino, simplemente, poniéndolos en conocimiento de esta información.

Tal como hemos hecho en alguna otra Comisión, quizás sería oportuno dejar un vínculo entre este Cuerpo y alguna persona del Ministerio de Salud Pública -que el señor Ministro oportunamente determinará- no sólo para seguir el curso de este caso, sino también para muchos otros. No olvidemos que en este período tenemos dificultades para funcionar. Advierto que la Comisión sesiona normalmente y cuando no puede cumplir con su régimen habitual, realiza reuniones extraordinarias. De todos modos, nos queda hasta el 15 de setiembre para trabajar -así lo marca la Constitución- y luego será muy difícil sesionar. Por lo tanto, me animo -no tengo la opinión de la Comisión porque en este caso estamos solamente con la señora Senadora Pou a quien sí consulté- a sugerir que tengamos algún puente de comunicación que nos permita soslayar las dificultades de funcionamiento.

SEÑOR MINISTRO.- En lo personal, soy un poco más crítico con esa situación porque no entiendo como puede ofrecerse un servicio cuando no se es propietario del mismo ni se tiene un contrato que lo habilita para ello. De todos modos, vamos a estudiar el tema e informaremos por escrito a la Comisión. Si hay algún expediente a nivel del Ministerio de Salud Pública preguntaremos a la institución involucrada por qué está haciendo esto. Entiendo que se trata de una forma de propaganda que, eventualmente, podría resultar en algo engañoso. En definitiva, habrá que estudiar las razones que tienen para hacerlo.

En lo que tiene que ver con lo que señaló la señora Presidenta, quedo a las órdenes de la Comisión para mantener la comunicación, ya sea por escrito o en forma personal. Para mí siempre es un placer poder hablar de estos temas que hacen a la salud de todos nosotros.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos vuestra presencia y la información que nos han brindado.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 13 y 58 minutos)